

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

No

676

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Pierre OLIVIER-PALLUD

Né le 22 Novembre 1903, à Vif (Isère)

DOCUMENTS CLINIQUES ET EXPÉRIMENTAUX
SUR LA SURVEILLANCE ET L'HYGIÈNE
DES SUITES DE COUCHES

Président : M. HOVELACQUE, Professeur

PARIS
AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1937

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Pierre OLIVIER-PALLUD

Né le 22 Novembre 1903, à Vif (Isère)

DOCUMENTS CLINIQUES ET EXPÉRIMENTAUX
SUR LA SURVEILLANCE ET L'HYGIÈNE
DES SUITES DE COUCHES

Président : M. HOVELACQUE, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1937

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.....	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri) . Pathologie médicale.
 BERNARD Étienne Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) .. Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER ... Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET. Physiologie.
 DE GENNES Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique
 JOANNON Hygiène.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOUL ... Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) . Pathologie médicale.
 LÉLONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI . Neurologie et Psychiatrie
 MÉNÉGAUX Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET .. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHEL Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 LARDENNOIS... Pathologie chirurgicale.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 PHILIBERT Bactériologie.
 VAUDESCAL.... Obstétrique.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR HOVELACQUE

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Chef des travaux d'Anatomie

*Qui n'a cessé de me témoigner
au cours de mes études une atten-
tive et affectueuse sollicitude, et qui
m'a fait l'honneur et la très grande
amitié d'accepter la présidence de
cette thèse.*

*Qu'il me soit permis de lui renou-
veler, avec mes remerciements, ma
très grande admiration pour sa vie
laborieuse, droite et modeste.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VIGNES

Accoucheur de la Maternité de l'Hospice des Enfants Assistés
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui m'a inspiré cette thèse, reflet
de son enseignement.*

*Grâce à la confiance qu'il a bien
voulu me témoigner pendant quatre
années passées dans son service j'ai
pu apprendre et aimer l'obstétrique.
Je le remercie encore de m'avoir
admis à collaborer aux plus mo-
destes de ses nombreux travaux et
de m'avoir accueilli dans son inti-
mité.*

A LA MÉMOIRE
DE MONSIEUR LE PROFESSEUR P. TEISSIER

Professeur de Clinique des maladies infectieuses
Membre de l'Académie de Médecine

*Qui m'a conseillé et aidé dans
des moments difficiles.*

A MON MAITRE
MONSIEUR LE DOCTEUR GÉNÉVRIER

Médecin de l'Hôpital Saint-Joseph
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Dont la bienveillance et la constante
sollicitude m'ont permis de
réaliser le grand espoir de ma vie,
je l'en remercie de tout cœur.*

A MON MAITRE
MONSIEUR LE DOCTEUR DEGLAS

Médecin de l'Hôpital Saint-Joseph
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu conserver à son
interne pourtant éphémère son amitié
et son aide bienveillante. Je le
prie de trouver ici l'expression de
ma reconnaissance et de mon respectueux
dévouement.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR LANOS

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Que je ne puis remercier que par
mon respect et mon dévouement de
son enseignement clinique et de la
sollicitude qu'il me témoigne. Je
me permets d'admirer, avec son
habileté opératoire, ses hautes qua-
lités professionnelles et morales.*

A MON MAITRE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHAILLEY-BERT

Directeur de l'Institut d'Éducation Physique
de l'Université de Paris
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui m'a initié à la physiologie
et que je remercie des huit années
d'agréable et fructueuse collabora-
tion que j'ai passées auprès de lui.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR REILLY

Chef de Laboratoire des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Hommage respectueux en souve-
nir des années passées à l'hôpital
Claude-Bernard.*

A MES MAITRES ET A MES AMIS DE LA
FACULTÉ ET DES HOPITAUX DE GRENOBLE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LOUIS LÉGER.
MONSIEUR LE DOCTEUR A. BONNIOT.
MONSIEUR LE DOCTEUR L. BÉTHOUX.
MONSIEUR LE DOCTEUR J. PERRIN.
MONSIEUR LE DOCTEUR P. PORTES.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage :

MONSIEUR LE PROFESSEUR HARTMANN.
MONSIEUR LE PROFESSEUR SERGENT.

Internat de Versailles

MONSIEUR LE DOCTEUR MAUGER.
MONSIEUR LE DOCTEUR DUMONT.

Externat de Paris

MONSIEUR LE DOCTEUR LE LORIER.
MONSIEUR LE DOCTEUR COURCOUX.
MONSIEUR LE PROFESSEUR TEISSIER.
MONSIEUR LE DOCTEUR H. BÉNARD.
MONSIEUR LE DOCTEUR VIGNES.

A MES MAITRES DE L'HOPITAL ST-JOSEPH

Internat

MONSIEUR LE DOCTEUR GÉNÉVRIER.
MONSIEUR LE DOCTEUR DEGLOS.
MONSIEUR LE DOCTEUR BARBET.
MONSIEUR LE DOCTEUR LEURET.
MONSIEUR LE DOCTEUR LANOS.

A CEUX QUI M'ONT CONSEILLÉ ET AIDÉ
A L'HOPITAL

MESSIEURS LES DOCTEURS
ARMINGEAT, BORDET, DESCOMPS, DUHAIL,
GLOMAUD, LANDRIEU, LEPAGE, THEILLIER

INTRODUCTION

Nous n'avons pas l'ambition, dans ce bref travail, de passer en revue la pathologie vraiment immense des suites de couches ; nous voudrions seulement examiner, dans le post-partum normal ou à peu près normal, la succession des incidents, grands ou petits, susceptibles d'inquiéter la femme ou son entourage et susceptibles de préoccuper le médecin qui « fait des accouchements ».

Il nous a paru intéressant de montrer comment on les évite ou comment on les traite en nous inspirant de ce que notre maître M. H. VIGNES nous a appris à l'hôpital pendant les trois années que nous avons passé dans son service et de ce qu'il nous a appris dans sa clientèle personnelle pendant une période de vacances où nous avons été amené à le seconder en faisant, aux clientes accouchées par lui, les visites habituelles du post-partum.

Enfin nous avons pensé qu'il fallait rattacher à ces données pratiques les résultats de quelques recherches expérimentales qu'il nous a inspirées et que nous avons réalisées dans son service des Enfants Assistés.

Quand un médecin est pris par les nécessités de la clientèle, souvent il ne pense pas à prendre des notes ou n'en a pas le temps. Nous nous sommes imposé, pendant les vacances de M. VIGNES, dans sa clientèle, le petit labeur de prendre des observations qui ont servi de base à ce modeste travail. Notre thèse est, donc, pour ainsi dire vécue, ce qui peut avoir le désavantage de la faire paraître à certain moment un peu décousue. Tout au moins avons-nous essayé de classer ces petits ennuis des suites de couches normales à la fois par ordre de fréquence et d'importance. Nous examinerons, ainsi, successivement, chez l'accouchée normale :

— les différentes causes d'élévation de température ;

— les incidents urinaires et digestifs ;

— la céphalée, l'anémie, l'asthénie, l'insomnie et les douleurs génitales du post-partum ;

— enfin, nous terminerons par quelques considérations sur le lever et la gymnastique de l'accouchée.

ÉLÉVATIONS DE TEMPÉRATURE

Il n'y a pas si longtemps que les médecins soigneux et les sage-femmes prennent régulièrement la température de toutes les accouchées (1). Ce mode d'investigation auquel nos Anciens n'avaient recours qu'en cas de complications véritables semble absolument naturel au médecin et aux familles. Il est, pour elles, l'objet de bien des soucis ; car il traduit, de la même façon, des états alarmants et des complications dont la gravité est minime.

En présence d'une anomalie de cette courbe qu'on trace avec soin et qu'on montre au médecin d'un air interrogatif chaque matin, l'attitude première de celui-ci doit être de penser qu'il s'agit d'une infection utérine.

Dans bien des cas cependant, il peut s'agir, tout au moins dans les quarante-huit premières heures,

(1) Nous n'avons pas besoin d'insister sur ce que l'hyperthermie n'est qu'un des éléments de la fièvre et que la fréquence du pouls, les frissons, l'insomnie ont une importance au moins égale — tant pour diagnostiquer la cause de la fièvre que pour en établir le pronostic.

d'une fièvre de résorption due aux caillots qui encombrent encore l'utérus de l'accouchée (1).

Tout au moins une telle interprétation de ces hyperthermies fugaces est-elle plausible. Mais on peut se demander s'il ne s'agit pas d'une poussée d'auto-infection (2) ou d'une contamination extérieure bénigne difficile à toujours éviter, si rigoureuses que soient les précautions d'asepsie adoptées par le médecin.

Cette réserve faite, il n'en est pas moins vrai *qu'a priori* le médecin doit penser à une *infection génitale* avant tout : c'est affaire de modestie ; c'est, aussi, affaire de statistique, encore qu'on rencontre souvent d'autres causes d'hyperthermie : poussées colitiques, pyélites, infections mammaires, fièvre typhoïde méconnue, paludisme, (qui n'est pas absolument rare dans certaines régions françaises), tuber-

(1) En clientèle et à l'hôpital, nous avons vu, aussi, un certain nombre d'élévations thermiques dues à l'emploi très fréquent du vaccin antistreptococcique par notre maître. Cette élévation n'est pas constante ; quand elle existe, elle s'accompagne le plus habituellement d'une réaction locale manifeste et, parfois, importante. Elle est toujours passagère et limitée aux jours d'injection et, très rarement, aux jours suivants dans les cas où persiste une réaction locale pseudo-phlegmoneuse. La différence entre réactions intenses, réactions modérées ou absence de réaction pose un problème curieux auquel nous ne saurions, pour l'instant, apporter une solution.

(2) La question si controversée de l'auto-infection a été résumée par notre maître M. VIGNES in *Maladies des femmes enceintes*, tome IV, 1936, p. 33 et 36. Consulter sur ce sujet les rapports si documentés du professeur VORON et du professeur HAMM. C. R in *Bruxelles médical* 30 novembre 1930.

culose, grippe, etc, etc (1). Ce n'est pas à dire, d'ailleurs, que cette infection génitale soit forcément grave.

Recherchant cette infection, le médecin portera donc, d'abord, son attention sur l'appareil génital de sa cliente.

Il commencera par *regarder* la région vulvaire, souvent œdématiée ; il trouvera, parfois, des plaies vaginales ayant tendance à un léger sphacèle superficiel ; enfin, il surveillera l'état d'une déchirure périnéale suturée ou d'une épisiotomie.

Puis *sa main appréciera l'état de l'utérus* : hauteur, consistance, sensibilité.

L'involution utérine a été étudiée de près depuis la fin du siècle dernier. On a établi l'échelle suivant laquelle devait normalement décroître la hauteur de l'utérus pendant les suites de couches. Mais les chiffres types des auteurs classiques ont été calculées en établissant une moyenne arithmétique sur un chiffre global d'observations recueillies minutieusement ; on a additionné les chiffres du premier jour, ceux du deuxième, etc. ; on a divisé par le nombre de

(1) Voir à ce sujet, l'article de ECALLE in *Leçons du jeudi soir à la clinique Tarnier* (treizième année, p. 35) intitulé « les fausses infections puerpérales » Voir, aussi H. VIGNES. Infection puerpérale ou infection des cavités faciales, *La Gynécologie*, 1931, p. 449. Pour dire vrai, même dans les services les mieux organisés, il arrive très souvent qu'on ne fasse pas le diagnostic causal de bien des élévations thermiques. Ce serait une belle œuvre scientifique, en multipliant les recherches cliniques, biochimiques et bactériologiques, de pouvoir arriver à ce diagnostic... toujours et irréfutablement.

cas et on a obtenu un chiffre qui est considéré comme le chiffre standard du jour envisagé. La plupart des auteurs arrivent, ainsi, à considérer que l'involution est régulière et, presque tous, admettent qu'elle est d'un centimètre par jour. En réalité, les données numériques, ainsi additionnées, ne se rapportent pas à des faits homogènes. Plus vraisemblablement, comme l'a signalé M. H. VIGNES, dans sa *Physiologie obstétricale*, l'involution utérine semble se faire en deux bonds d'inégale grandeur, l'un qui, des environs de l'ombilic, mène le fond, au troisième, quatrième ou cinquième jour, à la distance d'un travers de main au-dessus du pubis et l'autre qui, du dixième au quinzième jour, le ramène assez brusquement derrière le pubis. C'est dire qu'il ne faut pas attacher une importance absolue à la hauteur utérine. Mais, jugeant de façon clinique, la coexistence d'une involution normale avec une hyperthermie doit faire supposer une cause non génitale de l'hyperthermie et, inversement, la constatation d'un retard de l'involution doit faire penser à une infection utérine, gonococcique ou streptococcique, que cette infection soit bénigne ou qu'elle comporte une gravité plus accentuée.

Il convient, cependant, de tenir compte de divers facteurs susceptibles, d'après les classiques, de retarder l'involution : primiparité, — accouchement prématuré (1), — fétidité des lochies (qui traduit,

(1) Contesté par CAMACHO. *Recherches sur l'involution utérine*. Thèse méd. Paris 1906.

sans doute, un certain degré d'infection même sans hyperthermie), — hypothyroïdisme. Par ailleurs, les utérus de certaines femmes involuent très lentement après tous leurs accouchements, sans qu'il y ait aucun signe d'infection. Enfin, pour certains classiques, le non-allaitement retarderait l'involution et l'allaitement l'accélérerait. Cette affirmation a été discutée ; nous n'oserions, faute de documents assez nombreux nous risquer à émettre une opinion. Par contre, il nous a semblé que la montée laiteuse s'accompagne, souvent, d'une brusque poussée d'involution. On peut, alors, se demander si une résorption plus ou moins importante des produits sécrétés « tumultueusement » ne réalise pas un véritable choc protéinique qui expliquerait, d'une part, la fièvre passagère souvent observée et, d'autre part, cette poussée d'involution. On assiste à des phénomènes généraux donnant l'impression d'une véritable crise de sympathicotomie et l'on conçoit que celle-ci puisse exercer une influence d'excitation sur la fibre intéressée. Cela s'observe aussi bien chez la nourrice que chez la femme qui n'allait pas.

Nous reproduisons plus loin (page 30) des courbes d'involution utérine que nous avons dressées chez des femmes normales à l'Hospice des Enfants Assistés (Maternité A. PINARD). Il y a lieu de remarquer qu'étant d'allure générale semblable, elles ne sont pas superposables, ce qui nous amène à dire, une fois de plus, que les hauteurs moyennes indiquées couramment ont, seulement une valeur relative, et

qu'il faut conclure, avec réserves, que l'utérus est ou n'est pas demeuré gros.

Il est une autre notion que peut nous donner la hauteur utérine, c'est celle de la localisation de l'infection au vagin ou à l'endomètre. Encore que, le plus habituellement, l'utérus soit, peu ou prou, infecté en cas d'infection vaginale, il est des cas où l'infection reste strictement vaginale : dans ces cas, l'involution utérine n'est nullement inhibée.

Nous ne ferons que signaler les deux autres signes constatés à la palpation d'un utérus infecté : ramollissement, douleur. Le ramollissement indique l'existence (à des degrés divers) d'une infection intéressant le muscle : métrite parenchymateuse ou lymphangite légère. La douleur est un signe du même ordre.

Enfin le troisième geste qui aidera à identifier l'infection utérine recherchée sera d'*examiner la garniture* de l'accouchée pour se rendre compte de l'état des lochies. Sans insister sur l'aspect classique des lochies normales qui, d'odeur forte, *sui generis*, sont d'abord sanglantes, puis séro-sanglantes, enfin séreuses pour cesser aux environs du dixième jour avec une réapparition d'aspect sanglant du quatorzième au dix-septième jour, lors du petit retour de couches, nous dirons que l'écoulement peut être modifié et signer un état infectieux : des lochies sanglantes doivent faire penser à la rétention d'un cotylédon, des lochies brunes et épaisses évoquent l'idée de la rétention d'une caduque épaisse, des lochies précocement purulentes et profuses passent

pour être la signature d'une gonococcie, des lochies absentes sont en rapport soit avec une insuffisance surrénale, soit avec une infection puerpérale grave (1).

Cette description classique des lochies est, d'ailleurs, un peu schématique. De même que certaines femmes ont, sans lésion gynécologique, des règles profuses ou des règles pauvres, de même d'autres femmes ont des lochies plus ou moins abondantes, plus ou moins sanglantes. Des lochies trop rouges, abondantes, prolongées se voient en dehors de la rétention cotylédonnaire et en dehors des métrorrhagies tardives liées aux métrites graves étudiées par DIGONNET dans sa thèse. On peut, à titre d'hypothèse, admettre que de telles lochies sanglantes se voient dans des anomalies de la circulation pelvienne ou dans des anomalies de la muqueuse utérine. Les fortes doses répétées de chlorure de calcium, en stimulant le sympathique et en modifiant les conditions d'inhibition de la muqueuse, permettent une amélioration quasi instantanée de ces états.

Il nous reste maintenant à envisager la *thérapeutique* de ces états liés à une légère infection génitale et, même, leur prophylaxie, étant bien entendu que l'élément capital de toute prophylaxie consiste en une asepsie rigoureuse, — ce dernier point ne souf-

(1) L'examen bactériologique permet de compléter ses notions. On se rappellera, à ce sujet, que la pullulation des gonocoques est fugace (quatrième au sixième jour).

frant pas de discussion et n'appelant aucun exposé spécial.

1^o Nous envisagerons, d'abord, la question des injections vaginales, sans revenir sur les innombrables discussions qu'a suscité leur emploi systématique, dans les suites de couches simples ou compliquées : les uns les multiplient, les autres les proscrivent. Toutes les fois qu'elles peuvent être administrées dans des conditions satisfaisantes, M. VIGNES a coutume d'en faire donner. Il prescrit une solution d'eau et d'eau-de-vie camphrée à deux cuillerées à soupe d'eau-de-vie camphrée pour un litre d'eau bouillie à laquelle il croit pouvoir attribuer, en dehors d'un faible pouvoir antiseptique, une action efficace sur la tonicité de l'utérus et du vagin.

2^o Passons maintenant au traitement des plaies vaginales.

En cas d'excoriations vaginales infectées, je me suis servi, suivant une méthode bien connue, de bouillie lactique ; il faut appliquer extérieurement sur la vulve et dans le vagin de la bouillie lactique ; non pas au moyen de mèches qui aggravent la distension des tissus et empêchent l'écoulement des lochies, mais en réalisant à l'aide du bock et de la canule un véritable plâtrage de toutes les régions à soigner. M. VIGNES prescrit, habituellement, des onctions de collargol. Au cas où l'écoulement de l'urine rend ces petites plaies douloureuses, il prescrit, toujours, du bleu de méthylène ou des balsamiques.

3^o En cas de suture pour déchirure périnéale ou pour épisiotomie (1), il faut apporter un soin extrême à la surveillance de la plaie. A chaque toilette de l'accouchée, il convient de nettoyer le périnée lésé à l'eau bouillie fortement alcoolisée, de le sécher complètement (en particulier avec un appareil à air chaud) et de le recouvrir intérieurement et extérieurement de collargol. Celui-ci a le triple avantage d'assurer une protection de la plaie contre l'écoulement des lochies, d'être fortement antiseptique et d'être légèrement astringent.

Lorsque la plaie périnéale a tendance à suppurer, certains auteurs prescrivent les lavages ou irrigations continues au liquide de Dakin. Cela ne nous semble indiqué que dans les cas graves de suppurations. Le plus souvent il suffit d'assurer un bon séchage de la plaie et, surtout, de l'exposer souvent à l'air pour la voir se combler rapidement.

Notons qu'après détersion, l'ambrine donne des résultats remarquables, soit qu'il s'agisse d'une plaie non suturée ou d'une plaie désunie, soit qu'il s'agisse d'une suture réussie où persiste entre les deux lèvres

(1) Sans entrer dans une discussion approfondie sur la technique des périnéorrhaphies, nous indiquerons ici la méthode suivie dans le service. Le premier temps consiste à réparer minutieusement la paroi vaginale pour assurer son étanchéité absolue par rapport au foyer périnéal. Puis on suture le corps périnéal au catgut en évitant tout espace mort. Enfin on suture la peau avec des agrafes de Michel de vingt-deux millimètres, M. VIGNES proscrivant formellement les crins susceptibles d'entraîner dans la profondeur des éléments infectieux d'une peau toujours difficile à désinfecter, et susceptibles de couper.

de la peau rapprochée un sillon non épidermisé : dans ce dernier cas, l'ambrine en une séance, suffit à assurer une cicatrisation cutanée complète.

Signalons, enfin, un traitement infiniment précieux dans les cas où la suture n'a pas réussi et où il existe une perte de substance, c'est l'enfumage iodé. Les résultats en sont remarquables. Cette méthode peut aussi être employée avantageusement dans les déchirures cervicales. Nous avons vu, dans le service de M. VIGNES, alors qu'il était encore à la Charité, une femme sortie depuis dix jours et revenant pour un prolapsus avec périnée normal. M. VIGNES prescrivit des enfumages iodés d'une profonde déchirure cervicale. De jour en jour, nous vîmes l'ulcération se combler et le col réintégrer le pelvis.

4^o Passons maintenant au traitement des états utérins.

a) Est-il possible de renforcer l'immunité anti-infectieuse ou par une chimiothérapie appropriée d'empêcher les pullulations microbiennes ?

M. VIGNES (1) emploie systématiquement le vaccin anti-streptococcique de l'Institut Pasteur préparé par M. SALIMBENI, ou du tetravaccin Pasteur (additionné ou non de gonocoques) dans tous les cas où il a lieu de craindre l'apparition d'une infection dans les suites de couches : rupture prématurée des membranes, travail anormalement prolongé, manœuvres compliquées, antécédents de phlébite ou

(1) H. VIGNES. Vaccinothérapie en obstétrique. *Progrès médical* 26 déc. 1936.

d'infection lors d'un précédent accouchement, leucorrhée abondante au cours de la grossesse, surtout si l'examen bactériologique y a montré du streptocoque, etc... S'il s'agit d'une indication posée par les circonstances du travail, il fait pratiquer une injection sous-cutanée dès la délivrance et une chacun des deux jours suivants. Si l'indication a été posée dès la grossesse, M. VIGNES s'arrange pour que six injections environ aient été pratiquées avant l'accouchement au rythme d'une tous les deux ou trois jours et il finit la quantité totale de douze injections après l'accouchement au rythme d'une par jour. Il se déclare très satisfait des résultats obtenus portant sur plusieurs centaines de cas de clientèle et d'hôpital tant au point de vue morbidité qu'au point de vue involution utérine ; celle-ci est habituellement accélérée par rapport aux témoins, ce qui est sans doute, dû à une action non spécifique.

Il s'agit, on le voit, d'une vaccination prophylactique, dont les effets ne préjugent en rien de la valeur curatrice du produit.

Par ailleurs, M. LACOMME (1) qui, à diverses reprises, a assuré le service aux Enfants Assistés nous a initié aux résultats obtenus par l'emploi des dérivés de la sulfamide (2).

C'est à ces deux médications (en plus de l'indis-

(1) M. LACOMME. Premiers résultats d'un essai de prophylaxie de l'infection puerpérale par le chlorhydrate de sulfamido chrysoidine. *Bull. de la Société d'Obst. et de gyn. de Paris*, 1936, p. 511.

(2) Voir nos recherches : APPENDICE, p. 37.

pensable, aseptie, nous le répétons) qu'on peut demander de conjurer l'infection puerpérale.

Peut-on faire plus ? Sans nul doute et suivant les cas, on pourra : lutter contre la rétention *in utéro* de substances organiques propices à la pullulation des germes, — lutter contre la résorption des germes, — hâter l'involution utérine.

b) La lutte contre la rétention *in utéro* commencera dès l'accouchement et les premières heures qui le suivent : révision utérine immédiate dans tous les cas où il y a, non pas probabilité, mais simplement possibilité de rétention cotylédonnaire et dans tous les cas où l'on constate une importante rétention membraneuse, — expression des caillots accumulés dans l'utérus après la délivrance. Mais la lutte doit se continuer pendant les suites de couches et, surtout, s'il y a hyperthermie.

Il ne saurait s'agir de curetage, curage ou autres procédés de révision tardive. Nous n'avons jamais vu, pendant plus de trois ans passés dans le service de M. VIGNES, pratiquer une seule intervention de ce genre (hormis les cas d'hémorragies graves). Il y a longtemps que le curetage contre l'infection est proscrit par les accoucheurs Allemands et Américains et, dès 1920, M. VIGNES s'est appliqué à répandre cette notion dans le public médical français (1). Quand on a laissé passer l'heure de la révision précoce, il faut faire confiance à la barrière

(1) H. VIGNES. Thérapeutique intra-utérine de l'infection utérine post-partum. *Gynécologie et Obstétrique*, sept. 1920, t. II, p. 161.

leucocytaire pour assurer la détersion intra-utérine.

c) La lochiométrie pourra être combattue par divers moyens.

Un des plus simples est de conseiller, systématiquement, deux ou trois séances quotidiennes de plat-ventre ; le changement de position est, toujours, suivi d'un écoulement de lochies et, parfois, d'expulsion de caillots inodores ou fétides (1). Cet effet est particulièrement marqué en cas de rétroversion (2) ou rétroflexion.

— L'antéflexion utérine n'est pas rare ; elle se combattrait par l'application d'un drap sur l'hypogastre ou d'une vessie de glace qui, outre ses effets de réfrigération, agira par son poids.

— Certains auteurs placent un drain type Mouchotte qui n'a pas tant pour rôle de maintenir béant un col encore ouvert, que d'assurer, en redressant l'angle cervico-corporéal, un drainage correct de l'utérus. Il est, d'ailleurs, possible, dans les cas alarmants d'instituer, par ce drain les lavages à la solution de Dakin après avoir soigneusement protégé la muqueuse vaginale.

(1) De plus ce changement d'attitude constitue une détente pour le système musculaire de la femme et permet des soins de propreté plus minutieux du dos et du siège. (Friction à l'alcool aromatisé ou aux divers vinaigres de toilette).

(2) On sait que, dans certains cas, où l'on suit la diminution de la hauteur utérine, on voit, d'un jour à l'autre, disparaître le fond utérin, « escamoté » dans la concavité sacrée par une véritable rétroversion aiguë. Celle-ci peut se compliquer de lochiométrie qui exalte la septicité du contenu utérin.

d) On peut se proposer de faire contracter l'utérus.

— La vessie de glace est un excellent moyen, soit qu'on l'applique dès constatation de la plus légère hyperthermie, soit qu'on l'applique systématiquement dans les premiers jours du post-partum.

— On peut, en présence d'un utérus anormalement gros au cinquième ou sixième jour du post-partum, même sans autre signe clinique, employer les moyens médicamenteux capables de hâter son involution. Nous avons, alors, à notre disposition soit l'ergot de seigle sous forme d'ergotine ou de tartrate d'ergotamine, soit l'extrait de lobe postérieur d'hypophyse. Ce dernier nous paraît plus indiqué. Il ne saurait être préjudiciable en aucun cas, même lorsqu'il y a une rétention cotyloïdienne méconnue. Parfois l'emploi d'hypophyse ou d'ergotine provoque des tranchées particulièrement violentes et douloureuses : nous en avons observé plusieurs cas. Il peut être utile parfois d'associer l'hypophyse et la quinine.

— Les injections très chaudes sont parfois utiles.

— Nous avons vu plusieurs fois M. VIGNES prescrire avec succès des injections *tièdes* hyperchlorurées (150 ou 200 grammes de sel de cuisine pour deux litres d'eau). Dans les deux tiers des cas, elles provoquent des coliques parfois pénibles qui traduisent leur action sur la contraction. Il faut insister sur la nécessité d'une température tiède, les injections salées chaudes faisant saigner.

La lutte contre la résorption des germes sera

assurée par la glace et par l'ergot. Le durcissement permanent que réalise celui-ci le rend, pour cette indication, supérieur à l'hypophyse. Il est précieux dans tous les cas d'infection, légère ou grave.

e) Nous arrivons, enfin, au troisième élément de la lutte contre l'infection qui est d'accélérer l'involution utérine.

— On a proposé d'employer l'ergot. En réalité, les observations anciennes de CAMACHO et de nombreuses mensurations pratiquées dans le service ont montré qu'on ne pouvait compter sur l'ergot pour cela (1). Il en est de même de l'extrait hypophysaire ainsi que nous avons pu le constater chez une malade de clientèle qui, au douzième jour, avait encore son utérus à l'ombilic et dont l'utérus resta gros encore longtemps. L'ergot peut empêcher l'utérus de résorber des produits infectieux en le contracturant ; mais il ne peut exercer une action d'involution progressive.

— Les injections hypersalées tièdes dont nous avons parlé plus haut sont souvent efficaces pour hâter l'involution utérine.

— Nous arrivons maintenant à un moyen qui a été préconisé et largement employé par M. VIGNES. Il nous a confié la tâche de recueillir, dans le service,

(1) De l'examen attentif des courbes présentées par certains auteurs (M. G. DERBRUCKE et M. D. BROOKLYN : *Amer Journ. of obst. and gyn.*, 1935, t. I. p. 272 ; et 1936, t. II. p. 474 et 330, ergot and ergotanine in puerperal prophylaxis) il ressort nettement que malgré leurs conclusions, la médication ergotée n'a qu'une action très faible sur l'involution utérine dans le post-partum.

divers documents numériques sur le sujet, documents que nous avons communiqués, sur son conseil, à la Société de thérapeutique.

Il s'agit de l'emploi soit systématique, soit éventuel de l'extrait thyroïdien.

Il est bien connu que le rôle morphogène de la glande thyroïde consiste à activer les métamorphoses de l'organisme et tous les processus évolutifs des différents organes, comparables à des métamorphoses. Il y a tout lieu de supposer que la thyroïde agit ainsi vis-à-vis de l'involution post-partum ou post-abortum. L'hypothyroïdisme semble bien ralentir l'involution de l'utérus ainsi que l'a montré HERTOGE. Aussi M. VIGNES a-t-il proposé d'employer systématiquement l'extrait thyroïdien dans le post-partum pour activer l'involution utérine et pour essayer de prévenir les accidents liés à la subinvolution et en particulier : les phlébites.

Nous avons cherché à mettre en évidence l'action manifeste de cette médication en exprimant par des courbes la régression de l'utérus (1).

Mes recherches ont porté sur quatorze femmes hospitalisées aux Enfants Assistés (Maternité A. PINARD) : primipares ou multipares à suite de couches et à allaitement normaux, auxquelles nous avons, dès leur accouchement, administré, *per os* chaque

(1) En ce qui concerne les phlébites, il est possible que l'accélération circulatoire déterminée par l'extrait thyroïdien ait en plus un effet sur la circulation locale, et prévienne une stase utérine et juxta utérine, en principe défavorable.

jour, dix centigrammes d'extrait thyroïdien, durant leur séjour à l'hôpital qui fut en moyenne de onze jours. La hauteur de l'utérus au-dessus de la symphyse pubienne a été mesurée quotidiennement par la même personne, dans des conditions à peu près identiques : c'est-à-dire lors de la toilette du matin, après miction et défécation. Dans le même temps, nous avons dressé les courbes d'involution utérines de vingt-deux femmes témoins, non traitées par l'extrait thyroïdien.

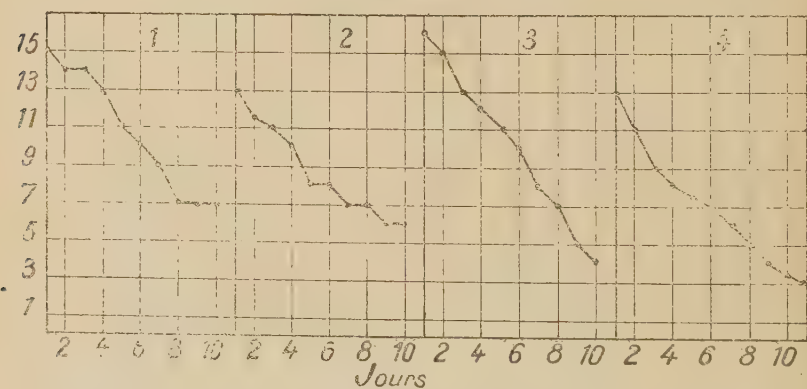
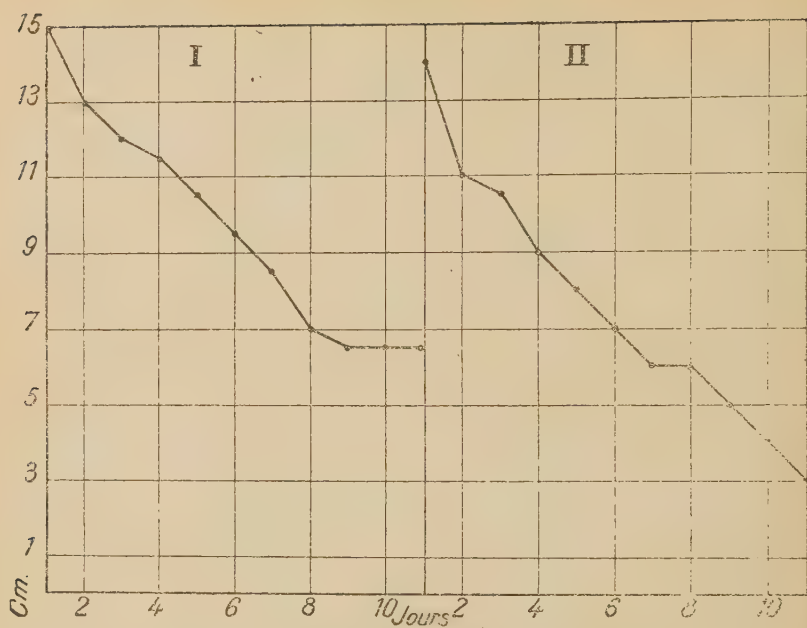
Le tableau ci-dessous exprime nos résultats. La courbe 1 est la courbe moyenne des involutions utérines des femmes témoins. — La courbe II est la courbe moyenne des involutions utérines des femmes ayant absorbé de l'extrait thyroïdien. Les courbes 1 et 2 sont deux courbes de femmes témoins (primipare et multipare). Les courbes 3 et 4 sont deux courbes de femmes mises à l'extrait thyroïdien. (primipare et multipare).

L'examen de ce tableau permet plusieurs conclusions :

L'involution utérine est plus rapide chez les femmes traitées par l'extrait thyroïdien ;

cette accélération se manifeste sur l'involution utérine dans son ensemble. Son action est, d'ailleurs, rapide ;

d'autre part cette action est persistante. En effet : l'utérus qui normalement reste étale à partir du neuvième ou dixième jour du post-partum, pour ne reprendre son volume normal que fort tard, vers la



I, courbe moyenne des involutions utérines des femmes témoins.

II, courbe moyenne des involutions utérines des femmes ayant absorbé de l'extrait thyroïdien.

1 et 2, courbes de femmes témoins (primipare et multipare).

3 et 4, courbes de femmes mises à l'extrait thyroïdien (primipare et multipare).

troisième semaine, continue à involuer sous l'action de l'extrait thyroïdien, alors que la diminution de volume due à l'action de l'ergot ou de la post-hypophyse cesse dès que l'emploi du médicament est arrêté.

La thérapeutique thyroïdienne systématique nous paraît donc présenter quelque intérêt chez l'accouchée. Administrée à cette dose, elle n'a jamais été nocive et, ce n'est qu'exceptionnellement que, de légères élévations de température, un peu d'insomnie et de céphalée nous ont obligés à l'interrompre (1).

(Trois cas sur vingt observations de clientèle que nous avons suivi aux lieux et places de M. VIGNES pendant les vacances).

L'appareil génital ne lui paraissant pas en cause, le médecin sera tout naturellement amené à porter son attention sur les *seins*. Il y recherchera les signes des incidents qu'on y observe au cours de la lactation : lymphangite, mammite, engorgement avec fièvre.

Malgré leur importance, nous ne nous étendrons pas sur les accidents infectieux vrais, parce que leur diagnostic est une donnée bien classique à laquelle nous ne saurions rien ajouter, mais nous voudrions signaler des faits un peu particuliers qu'a étudié

(1) Bien que, normalement, l'extrait thyroïdien active l'involution de la glande mammaire, nous n'avons jamais constaté qu'il ait porté préjudice à une femme en voie d'allaitement. Ni la montée de lait, ni l'allaitement ultérieur n'ont été troublés. C'est seulement si l'on arrête l'allaitement et si l'on comprime les seins que l'extrait thyroïdien favorise l'arrêt, ainsi amorcé, de la sécrétion.

notre Maître M. H. VIGNES en rajeunissant la notion ancienne des engorgements mammaires, lesquels à l'âge d'or de la bactériologie, ont été rayés de la nosologie avec une rigueur qui n'est pas sans appel.

A côté des mastites classiques, l'attention de M. VIGNES a été attirée à plusieurs reprises par d'autres cas qui, tout en constituant une menace d'abcès du sein, lui ont semblé avoir une autre signification. Il s'agit de femmes qui, brusquement font une élévation formidable de température comme dans les infections mammaires et qui souffrent en une zone de la glande. La palpation montre un lobe injecté, qui se dessine sous la peau chez les femmes maigres et qui est bien limité. Il y a gonflement du lobe et il semble bien qu'il n'y ait pas de périlobite. S'agit-il de mastite ? d'infection légère ? Peut-être. Mais, peut-être aussi faut-il invoquer une rétention lobaire, soit causée par un spasme du conduit galactophore, soit due à une obstruction de ce canal par quelque chose de concret tel qu'une desquamation. M. VIGNES insiste, pour certains cas, sur l'idée d'un spasme. Il nous a, souvent, montré des faits de cet ordre chez des femmes nerveuses, principalement chez celles du type hypervagotonique. Il a chez quelques-unes d'entre elles, les accidents se reproduire tous les mois comme si leur origine avait quelque chose à voir avec le cycle endocrinien et non avec le réflexe génital de l'ovulation ; le coït est parfois douloureux, le froid aussi. Certes on a abusé à une époque des pathogénies *a frigore* et, pour bien des cas de la pratique

médicale, il est classique aujourd'hui de dire que le froid ressenti à l'origine des accidents est invoqué par le patient comme cause alors qu'il s'agit d'un froid initial, premier symptôme de l'infection. Pourtant, il semble bien que le coup de froid, le courant d'air, soit parfois en cause. M. VIGNES en a observé, aussi, fréquemment, chez les femmes qui, pour augmenter leur sécrétion lactée, abusaient des aliments très salés et d'eau. (N'y a-t-il pas antagonisme entre NaCl et Ca qui, lui-même, est antagoniste du vague ?)

La fièvre qui accompagne ces rétentions lactées serait assez analogue à la fièvre produite par l'injection de lait aseptique et l'expression de « fièvre de lait » dont les anciens ont abusé s'appliquerait, alors, assez heureusement, à cette éventualité.

Ces rétentions spasmodiques, d'ailleurs, ne doivent pas être traitées à la légère. Elles peuvent, comme toute rétention lactée, s'infecter. Il ne faut pas les malmenier, il ne faut pas les traumatiser.

— La thérapeutique de ces états exige, en premier lieu, une surveillance stricte. Il faut, naturellement, prévenir tout risque d'infection, calmer les réactions neuro-végétatives, éviter le froid, supprimer les excès de liquide et de sel. On usera avec modération du tire-lait ou de la pompe ; on veillera à ce que les seins soient bien soutenus par leur bandage et l'on se gardera de suspendre l'allaitement. M. H. VIGNES prescrit, parfois, une médication calcique générale et, localement, de la chaleur sous forme d'applications de compresses d'eau chaude ou de pâte

spéciale comme l'antiphlogistine dont l'emploi est plus commode et de plus longue durée. Mais, disséminée sur le sein entier, la chaleur risque d'avoir un effet néfaste sur la lactation. Aussi, pour en limiter les bons effets au seul lobe malade, M. H. VIGNES conseille-t-il l'emploi de la diathermie localisé au seul lobe engorgé.

Poursuivant ses investigations pour rechercher la genèse de l'élévation thermique, le médecin devra s'assurer du bon état de L'APPAREIL URINAIRE.

Le rein doit être incriminé en premier lieu. Sans vouloir étudier la pyélonéphrite en détail, nous dirons qu'il faut y penser car elle peut revêtir dans les suites de couches une allure un peu atypique.

Débutant le deuxième jour ou au contraire assez tardivement, elle s'accompagne d'un état sabural des voies digestives mais la pyurie n'est pas constante. Sa fièvre passagère ou prolongée peut rendre le médecin perplexe. Il importe surtout qu'il n'aille pas conclure à une colibacillose alors qu'il s'agit d'une streptococcie. Aussi se livrera-t-il à un examen attentif de l'appareil génital. La présence de colibacilles dans les urines sera d'un grand intérêt pour lui surtout lorsqu'elle aura été constatée au moment des poussées fébriles. Nous étudierons plus loin, à l'occasion des rétentions d'urines (voir p. 39) l'origine de certaines fièvres par infection vésicale.

La thérapeutique des pyélites post-partum se fonde sur le traitement des états colitiques qui sont à leur

origine (étudiées p. 49) et sur des mesures visant plus particulièrement les voies urinaires :

— administration « per os » d'urotropine et de bleu de méthylène ;

— injections intra-musculaires de colostrum à la dose de 5 à 10 centimètres cubes.

— injections d'extrait hypophysaire.

M. H. VIGNES conseille également d'ajouter aux traitements de l'état colitique la potion suivante à la dose de six cuillerées à café par jour, pour acidifier les urines.

Acide phosphorique	17 gr.
Phosphate de soude	32 gr.
Eau.....	250 gr.

C'est la classique formule de JOULIE.

En même temps il sera utile de prescrire la vitamine A que l'on trouve d'ailleurs dans le commerce sous forme spécialisée. Il faudra surveiller de très près l'alimentation de la femme et, sans instituer un régime trop sévère, on ne permettra l'usage des farineux qu'au plus à un repas sur quatre.

A côté de ces élévations de température dues à une infection urinaire, il nous faut signaler celles qui sont dues à une colite — celles-ci sont d'ailleurs souvent la première étape des pyélites : l'infection intestinale étant isolée ou associée à l'infection des voies urinaires. Un trouble du fonctionnement intestinal (constipation ou diarrhée), des signes de fer-

mentation ou de putréfaction, des gaz abondants, des urines malodorantes, de l'indoxylurie ou une élévation des acides organiques, de la sensibilité coecale, une langue saburrale, une légère céphalée permettront d'attribuer l'élévation thermique à l'intestin et d'éliminer une infection utérine.

Nous verrons plus loin, à propos des incidents intestinaux, quelle thérapeutique il convient d'opposer à la fièvre par colite.

Nous ne pouvons terminer ce chapitre des élévations de température chez l'accouchée normale sans envisager les variations de *pouls* dont l'importance est considérable.

Les différentes infections, graves ou légères, que nous venons de passer en revue : infection utérine, incidents mammaires, troubles urinaires, états intestinaux retentissent sur lui comme elles retentissent sur la température. Il doit retenir l'attention du médecin à juste titre, car ses variations sont plus précoces et plus graves que celles de la température. Il complète et renforce les renseignements donnés par celle-ci. Une légère variation de la température rectale n'a pas d'importance si le pouls n'est pas modifié ; elle acquiert une importance pronostique considérable si le pouls est accéléré. Un peu de température et un pouls très rapide sont des signes d'infection. Une défervescence avec pouls restant rapide signifie que l'infection n'est pas guérie. Et par ailleurs, nous rappellerons sans insister que l'accélé-

ration du pouls présente une importance considérable pour l'appréciation clinique (diagnostic et pronostic) des phlébites, qu'il s'agisse de phlébites pelviennes ou de phlébites des membres inférieurs.

Il faut savoir aussi que souvent dans le post-partum le pouls est plus lent que normalement. Pour certains auteurs ce phénomène serait dû à une augmentation passagère de l'action frénatrice du vague. Après la délivrance le pouls se ralentit, devient ample et plein. Le nombre des pulsations qui était de 70 à 75 par minute peut tomber à 60 ou même plus bas. Inversement pour ce qui se passe pour la température, cette variation est plus fréquente chez les multipares que chez les primipares. Sa durée est variable suivant les individus. Enfin, il ne faut pas oublier que le pouls peut rester accéléré à la suite d'hémorragies ou lorsqu'il existe certaines altérations des glandes endocrines. De même notre traitement à l'extrait thyroïdien peut fausser et la courbe de température et la courbe du pouls chez une accouchée pourtant normale.

APPENDICE

La sulfamide exerce une action incontestable sur les infections streptococciques (septicémie, érysipèle etc.). Nous avons voulu voir si, en plus, la matière d'infection post-partum, il ne fallait pas invoquer une action accélérante de l'involution utérine. Il n'en a rien été. Voici, en effet, d'après douze femmes ayant reçu de la sulfamide (S) et d'après le témoin (T) ce qu'a été la hauteur utérine moyenne en fonction du jour du post-partum.

	1 ^{er}	2	3	4	5	6	7	8	9	10
S	18	13	11,5	11	10	8,5	8	7	6	6
T	17	13	12	11,5	9,5	8	7,5	7	6	6

INCIDENTS URINAIRES

Le rein secrète davantage et il peut y avoir à surveiller la quantité d'urines émises. Elle est, en moyenne, de 1.600 grammes descendant légèrement jusqu'à la montée de lait, pour se relever ensuite jusqu'au dixième jour.

Nous avons signalé, ailleurs, le rôle joué par les pyélo-néphrites (voir page 34) dans la clinique des suites de couches.

Par ailleurs, il y a, souvent, *réten tion d'urine* : il n'est pas rare de voir une nouvelle accouchée rester plusieurs heures sans uriner. Il peut s'agir d'une simple paresse vésicale ou d'une vraie rétention. Celle-ci, plus fréquente chez les primipares que chez les multipares et, aussi, chez les femmes ayant eu des accouchements laborieux, peut s'établir aussitôt après l'accouchement et s'explique par un traumatisme obstétrical ou une anesthésie ; survenant un peu plus tard, elle peut être due à une rétroversion utérine brusque. La rétention peut être nette ou elle peut être masquée par une fausse incontinence chez une accouchée qui semblait continuer à uriner normalement. Dans le premier cas, il s'agit d'une rétention

complète, dans l'autre d'une rétention incomplète, celle-ci étant cliniquement la plus intéressante.

Etudiant ces rétentions incomplètes, notre Maître M. LACOMME signale deux formes très différentes :

l'une avec distension ;

l'autre sans distension.

La première se manifeste, essentiellement, par un syndrome abdominal douloureux, des signes généraux assez marqués, angoisse et, même sueur froides ou lipothymie. L'examen montre, alors, un abdomen distendu tant par la vessie que par un météorisme associé et, si l'on a soin de ne pas confondre la vessie volumineuse avec l'utérus que l'on recherche et qui nous inquiète, le diagnostic de rétention est facile.

Par contre, la deuxième forme, quoique beaucoup plus fréquente, demande à être recherchée. En effet, la femme paraît uriner normalement, n'accuse aucune gêne et l'examen de l'abdomen ne montre pas de globe vésical. Seuls de petits écarts de température, aux environs de 38°, préoccupent le médecin. Au cours de son examen, le toucher vaginal qui, d'ailleurs se doit pratiquer avec beaucoup de circonspection chez la nouvelle accouchée, fera percevoir une tuméfaction du cul-de-sac vaginal antérieur, témoignant d'une vessie incomplètement vidée. De toutes façons si l'on essaye de sonder la femme après miction, on découvrira cent ou deux cents centimètres d'urine foncée et trouble, témoignant de l'évacuation imparfaite du bas-fond vésical. Cette stagnation provoque un certain degré d'infection urinaire et, ainsi, se

trouve expliqué l'écart de température que présente l'accouchée.

La pathogénie de ces rétentions peut-être différemment interprétée.

Selon l'enseignement de M. LACOMME, il faudrait lui attribuer une origine nerveuse : réaction réflexe des plexus lombo-sacrés à une excitation due au traumatisme obstétrical.

Cependant, ces rétentions, quoique prédominant après les interventions obstétricales et les accouchements de longue durée, existent aussi après les accouchements parfaitement normaux et même faciles. On peut, alors, se demander si elles ne seraient pas causées par des phénomènes infectieux vésicaux ou rénaux, passés jusque là inaperçus, si l'infection n'est pas primitive et la rétention secondaire. Aussi, sur les indications de M. H. VIGNES, nous avons recueilli aseptiquement etensemencé les urines de femmes reconnues en état de rétention. Cet examen n'a été pratiqué naturellement que lors du premier cathétérisme. Il s'agissait, dans nos cas, de femmes ayant, par ailleurs, sauf une, des suites de couches normales. Sur onze sujets examinées, il a été trouvé :

quatre fois du streptocoque ;

deux fois du colibacille ;

deux fois du staphylocoque ;

enfin trois fois les urines ne présentaient pas de microbes et les cultures sont demeurées négatives.

Nous croyons utile de rapporter l'observation de deux de ces femmes.

La première (obs. n° 1789), (celle que nous ne considérons pas comme une accouchée parfaitement normale) était une primipare qui aurait présenté trois semaines avant son accouchement une température assez élevée atteignant parfois 39° et s'accompagnant de pollakiurie. Aucune explication n'avait été donnée de son état : on n'aurait pas trouvé de colibacillurie et, en désespoir de cause, un traitement à l'uroformine intra-veineux avait été institué. L'accouchement fut normal et le travail dura trois heures. Deux jours après, une rétention d'urine fit sonder la femme et découvrir du streptocoque. Les suites de couches furent normales, la femme sortit de l'hôpital au bout du temps habituel ; mais un examen d'urines pratiqué avant son départ montrait la présence de streptocoques.

La deuxième que nous devons à l'obligeance de M. ROBEY, interne du service, concerne une troisième pare, sans antécédents pathologiques, accouchée à la Maternité A. Pinaud, le 8 janvier 1936, d'un enfant du sexe masculin bien portant après un travail normal de neuf heures. Elle présente une rétention d'urines persistant après son accouchement. L'examen pratiqué ne révèle aucun signe particulier. On note l'absence de tout traumatisme local, et l'absence de cause générale susceptible d'expliquer cette rétention. On ne peut mettre en évidence aucun signe clinique rénal, vésical ou digestif qui pourrait plaider en faveur d'une infection colli-bacillaire. Mais l'examen d'urines, effectué sur les urines recueillies aseptiquement, lors du premier sondage, met en évidence, quelques leucocytes, de nombreuses cellules épithéliales de la vessie et des colibacilles abondants.

En dépit de tout traitement, la rétention a persisté jusqu'au 15. A ce moment, les mictions spontanées repa-

raissent. La malade sort le 18 janvier, alors que les urines contiennent encore de nombreux colibacilles et sans qu'ait pu avoir été révélé aucun signe clinique de pyélonéphrite durant toute la période de son hospitalisation.

Il faut tout essayer, pour soigner ces rétentions, avant de recourir au cathétérisme : l'habitude d'être sondé ne s'installe que trop facilement. L'extrait hypophysaire, seul ou associé, à la quinine, — les lavements de rectopanbiline déterminant, à la fois selles et miction, — l'eau chaude dans le bassin, — l'inhalation de sels anglais, — l'application d'une vessie chaude sur l'hypogastre peuvent suffire à obtenir une miction spontanée. Pourtant le cathétérisme — pratiqué avec grandes précautions d'asepsie — deviendra parfois indispensable. Souvent il devra être répété pendant plusieurs jours. Il nous a semblé que l'on pouvait diminuer notablement la nécessité de ces sondages ultérieurs en instillant dans la vessie, après chaque sondage, quelques centimètres cubes de glycérine boriquée. Il sera bon, aussi, chez les femmes sondées, de prescrire, *per os*, du bleu de méthylène ou de l'uroformine.

Nous avons vu que le rein secrète abondamment. Les substances normales de l'urine : l'urée, les chlorures, les phosphates et sulfates, s'abaissent pendant les premiers jours pour s'élever le troisième et diminuer progressivement pendant les jours qui suivent.

On trouve de la lactosurie, de l'acétonurie et de la peptonurie.

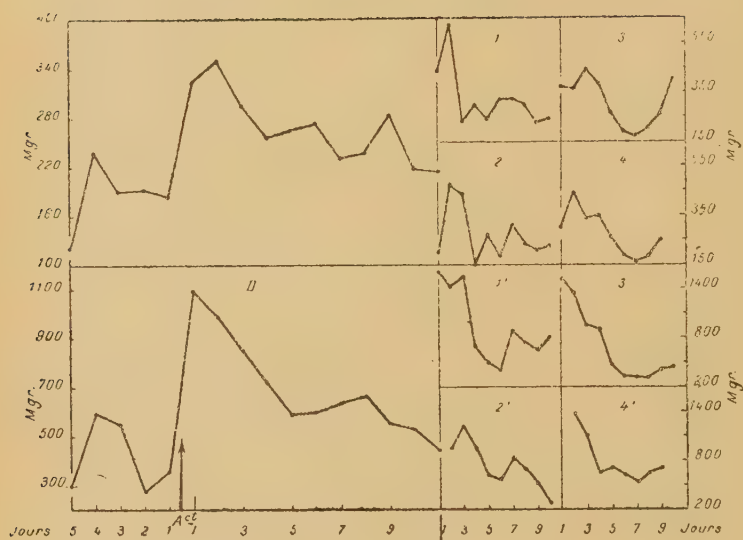
Dans cet ordre d'idées, M. H. VIGNES nous a suggéré d'étudier l'élimination urinaire de l'azote aminé et amino-ammoniacal au cours du post-partum.

L'amino-acidurie est augmentée pendant la grossesse ; nous avons voulu voir comment elle se comportait pendant les suites de couches et les premiers jours de l'involution utérine.

Nos recherches ont porté sur dix-sept femmes hospitalisées dans le service de M. H. VIGNES, apparemment bien portantes, primipares ou multipares, alimentées au régime normal de la maternité où elles demeuraient en moyenne onze jours après l'accouchement. Les urines de la nuit prélevées aseptiquement, le matin à jeun, étaient immédiatement analysées au laboratoire avec la technique au formol de SORENSEN-ROCHÈSE. Les résultats sont exprimés dans le tableau ci-joint (p. 44).

De ce tableau, il ressort que les variations quantitatives de l'azote aminé et de l'azote amino-ammoniacal sont comparables ; que le maximum d'élimination se produit de façon presque constante durant un temps très court correspondant aux deuxième ou troisième jours du *post-partum* ; que cette élimination décroît rapidement pour atteindre son minimum le cinquième jour et qu'alors (sauf dans deux cas sur dix-sept), elle se maintient à peu près constante, avec parfois une augmentation légère.

Les deux courbes atypiques ont été recueillies chez



I : Courbe moyenne d'élimination des acides aminés avant et après l'accouchement. — II : Courbe moyenne d'élimination de l'azote amino-ammoniacal. — 1 et 2 : Deux courbes d'élimination des acides aminés (choisies dans les quinze courbes typiques). — 1' et 2' : Courbes d'élimination de l'azote amino-ammoniacal chez les sujets des courbes 1 et 2, — 3 et 4 : Les deux courbes atypiques d'élimination des acides aminés. — 3' et 4' : Courbes d'élimination de l'azote amino-ammoniacal chez les sujets des courbes 3 et 4.

des multipares. L'accouchement, le poids de l'enfant et du placenta, l'allaitement étaient normaux. L'une et l'autre ont eu, comme seule particularité, l'apparition tardive (8^e jour) d'une légère élévation de température associée à une subinvolution utérine.

Si nous essayons de comparer les chiffres de la poly-peptidémie *post-partum* et ceux de l'amino-acidurie, nous voyons que les uns et les autres sont augmentés par rapport à ceux trouvés avant l'accouchement, mais que l'augmentation par rapport au chiffre initial est plus notable pour l'amino-acidurie que pour la polypeptidémie.

Enfin la lactation ne nous a pas paru modifier l'élimination d'acides aminés.

Ayant choisi des sujets normaux, il semble que l'influence de l'intoxication gravidique ou celle d'un trouble du fonctionnement rénal puissent être éliminées. La déficience hépatique qui, pour certains, expliquerait l'élévation du taux des acides aminés chez la femme enceinte ne nous paraît pas non plus pouvoir expliquer l'ascension brusque et immédiate que nous avons observée après l'accouchement. Plus vraisemblablement, nous pensons qu'il faut invoquer, en même temps qu'une décharge d'acides aminés qui ne sont plus utilisés par le fœtus, la résorption des produits d'autolyse provenant soit des tissus traumatisés par l'accouchement, soit de l'involution utérine : le maximum de l'élimination correspond à l'époque où l'involution est la plus rapide.

INCIDENTS DIGESTIFS

CONSTIPATION

La constipation est extrêmement fréquente. Il n'y a rien d'étonnant à cela : fréquente chez la femme moderne, le séjour au lit la favorise. L'hypotonie des muscles abdominaux intervient aussi.

En réalité, la femme a normalement une selle spontanée au quatrième jour et reprend ensuite le type suivant lequel elle allait à la selle avec cependant un peu plus de paresse liée aux conditions que nous avons énoncées ci-dessus. Cette constipation peut parfois s'accompagner de météorisme (mais avec ventre souple) et ressembler à une occlusion : c'est la pseudo-occlusion des suites de couches. Puisque la loi physiologique est que l'intestin soit paresseux au début, il ne faut pas trop insister au lendemain de l'accouchement. Cependant, on peut préparer la femme et empêcher la formation de fécalome ou de matières desséchées.

Nous conseillons de donner quotidiennement, dès le début du post-partum, un peu d'huile, soit huile de paraffine, soit huile d'olives ou tout autre huile

comestible suivant les régions. Nous ne demandons pas à cette thérapeutique de provoquer une selle mais de faciliter et préparer l'action des autres moyens que nous utiliserons à partir du troisième jour :

suppositoires à la glycérine, lavements et laxatifs.

Quel laxatif faut-il employer ? Celui qui réussit à la femme (sauf peut-être les préparations belladonnées d'effets si remarquables pour la constipation gravidique, car il faut penser aussi au passage de la belladone dans le lait. Parmi les produits employés par M. H. VIGNES, un de ceux qui donnent les meilleurs résultats est à base de magnésie et lactose. Au demeurant, tous les laxatifs sont bons, tous peuvent être mauvais : il faut savoir que certains laxatifs, certaines purges sont nocifs en créant un flux, une hypersécrétion favorables à la résorption des colibacilles. Aussi, si l'on est amené à purger son accouchée, il est bon de donner un ou deux jours avant de la poudre de charbon.

Ceci dit, il y a des cas cependant très rebelles où l'intestin semble se cabrer contre les moyens employés. Nous proposons alors six thérapeutiques diverses :

- 1^o lavements hyperchlorurés ;
- 2^o lavements avec glycérine ;
- 3^o petits lavements avec sels biliaires ;
- 4^o goutte à goutte rectal avec trois cents grammes d'eau de Châtelguyon.
- 5^o des petits lavements ainsi composés :

Huile de ricin	50 gr.
Décoction de guimauve	200 gr

6^o la formule d'Alban GIRAULT : mélange de substances drastiques (racine de podophylle, de gratiole et de bryone, baies de nerprun et lin laxatif) dont la particularité est de s'employer à très petites doses toutes les heures tout le long du jour. Ce médicament s'avère particulièrement utile si la constipation est due à un dolichocolon.

HÉMORROÏDES

Souvent aussi la femme présente des hémorroïdes. Sans insister sur leur pathogénie, il faut reconnaître qu'elles coexistent presque toujours avec la constipation. M. H. VIGNES estime qu'il n'y a pas là rapport de cause à effet, mais que l'une et l'autre sont liées à l'hypervagotonie. Des bourrelets hémorroïdaires peuvent s'étrangler du troisième au huitième jour. De toute façon, les hémorroïdes sont une complication fort pénible des suites de couches et la poussée peut être gênante pendant une semaine.

Le traitement des hémorroïdes comportera, comme en dehors de la grossesse, des prescriptions d'hygiène et des prescriptions de thérapeutique parmi lesquelles nous signalerons des moyens locaux : application de pommade au collargol, d'onguent populeum cocaïne et surtout des séances d'air chaud qui donnent d'excellents résultats ; par la bouche, M. H. VIGNES recommande l'extrait fluide de laitue à dose d'une à trois cuillerées à café par jour. C'est un calmant de l'état général qui combat la vagotonie et déconges-

tionne les organes pelviens. Les effets en sont souvent étonnamment rapides.

COLITES

La colite avec colibacillose et fièvre, avec ou sans pyélonéphrite est fréquente : soit qu'elle se révèle avant l'accouchement, soit qu'elle se manifeste pour la première fois dans le post-partum. Cela tient à la paresse intestinale dont nous avons parlé plus haut et à la suralimentation par appétit ou par idée préconçue pour avoir du lait $\frac{2}{3}$ (en particulier suralimentation en farineux favorisant les fermentations) que s'impose la femme.

Suivant M. H. VIGNES (1) pour améliorer l'état intestinal il faut : 1^o favoriser le travail de l'estomac et de l'intestin par une diététique et par une médication appropriée ; 2^o éviter la stagnation des matières ; 3^o modifier la flore intestinale ; 4^o diminuer les résorptions toxiques infectieuses.

I. RÉGIME. — Trop souvent, on voit prescrire, en tout et pour tout, aux femmes atteintes de colites, le régime lacto-végétarien. En réalité, ce qu'il faut réaliser, c'est un choix judicieux des aliments en tenant un compte extrême des possibilités et des sus-

(1) Traitement des colites et des pyélonéphrites au cours de la grossesse et en particulier des pyélonéphrites dites gravido-toxiques. *Presse Médicale*, 4 mars 1936, p. 369 ; *Maladies des femmes enceintes*, t. I. p. 199.

ceptibilités de la femme : autant de femmes enceintes colitiques, autant de traitements : il n'y a pas une seule hygiène intestinale.

Pour favoriser le travail des organes sécrétoires, le premier point est de leur éviter le surmenage qui résulte de la suralimentation et le surmenage qui résulte d'une mastication insuffisante. Il faut, ensuite, supprimer du régime tout aliment qui est mal toléré à l'un quelconque des étages du tube digestif.

Mais, qu'il s'agisse d'un aliment, d'une boisson, d'un condiment, d'un médicament, il faut se demander si la suppression est sans inconvénient et s'il n'y a pas lieu de pourvoir à son remplacement. Par exemple, si l'on supprime les corps gras, il faut s'ingénier, d'abord, à leur substituer des équivalents nutritifs et caloriques et, ensuite, on adjoindra au régime les quantités de vitamine A dont on appauvrit la ration. Si l'on supprime un aliment dont la femme est gourmande, on se rappellera que le goût est parfois une des formes de l'instinct et qu'une prédilection pour un aliment peut traduire un besoin de l'organisme.¹

Mais le problème n'est pas seulement de fournir à l'organisme les protides, les glucides, les lipides, les sels et les vitamines qui lui sont nécessaires, il faut encore tenir compte des accommodements et des conditions qui font partie intégrale de notre alimentation. Certains condiments sont préjudiciables au fonctionnement digestif et d'autres sont utiles, voire même indispensables. L'alimentation sera variée. On

portera grande attention à l'accommodement (cru ou cuit, grillé ou bouilli, avec sauce ou sans sauce) non pas en partant d'idées *à priori*, mais en tenant compte du tempérament de la femme et de ses expériences antérieures. De plus on se rappellera que les aliments gagnent à être sapides et c'est là qu'interviennent les *condiments* qui peuvent être la meilleure et la pire des choses. Il faut connaître leurs possibilités et savoir à quel « tempérament » ils conviennent. Le sel de cuisine, en particulier, favorise incontestablement la digestion : il est indispensable chez les humains pour la digestion des régimes végétariens et, en particulier, pour la digestion des pommes de terre : si on institue un régime lacto-végétarien déchloruré au cours d'une colite ou d'une pyélonéphrite, on risque d'aggraver l'état de la malade. L'ail, l'oignon, la sauge, le romarin, le thym, le persil, le vinaigre, détestables pour certaines femmes, sont indispensables pour d'autres. Il en est de même du vin.

A côté des condiments, il faut faire une place aux médicaments qui se proposent de suppléer la déficience de certains ferments : préparations maltées, amylodiasases, papaïne, pepsine, acide chlorhydrique officinal, médicaments stimulant la sécrétion hépatique (extraits biliaires, boldo.)

II. L'ÉVACUATION RÉGULIÈRE ET COMPLÈTE DU CÆCUM DOIT ÊTRE LA SECONDE PRÉOCCUPATION DANS LE TRAITEMENT DES FEMMES ENCEINTES ATTEINTES DE COLITE. — Pour empêcher la stagnation des rési-

dus intestinaux, nous disposons de certaines pratiques de régime et certains de médicaments.

Les crudités favorisent le péristaltisme intestinal chez certaines femmes. Mais il en est d'autres qui les supportent mal et chez qui elles seront proscrites. De même, la cellulose est bien supportée par bon nombre de femmes ; mais, chez d'autres, elle détermine ou entretient des colites : les avantages que l'on peut tirer d'une alimentation riche en scories sont parfois dépassés par les inconvénients dus à l'excès de péristaltisme. Les olives, les noix, leurs huiles, l'huile de paraffine favorisent parfois le transit intestinal et améliorent d'autant les colites. Mais, là encore, il faut tenir un grand compte des particularités individuelles.

Quant aux médicaments de la constipation et de la diarrhée, nous ne les passerons pas en revue ici. Mais je voudrais signaler que, dans le nombre de ces médicaments, il ne faut pas choisir au hasard, mais qu'il faut s'inspirer du tempérament et de l'état intestinal de chaque femme.

III. POUR MODIFIER LE MILIEU MICROBIEN, on interdira aux accouchées atteintes de colite, le gibier, les aliments faisandés, les mollusques et les poissons qui ne sont pas strictement frais, et qui risquent de réaliser des arrivées massives de substances toxico-infectieuses.

Chez les femmes qui ont des colites de putréfaction, on n'agira pas comme chez celles qui ont des colites de fermentation et réciproquement. Mais tout le secret

du traitement ne consiste pas à opposer les femmes condamnées aux fermentations et les femmes condamnées aux putréfactions. Des femmes enceintes atteintes de colites rebelles avec péricolites tirent bénéfice de l'emploi alternatif de deux régimes. Le lait, les œufs seront à prescrire ou à défendre suivant les susceptibilités.

Dans les colites accentuées, il faut associer au régime alimentaire divers médicaments : bacilles lactiques, craie préparée, lactate de chaux, stovarsol, bismuth sous forme de sous-nitrate, kaolin, magnésie, argent colloïdal. Là encore, il ne faut pas prescrire au hasard, mais employer le médicament indiqué.

IV. ON A GRAND INTÉRÊT À DIMINUER LA RÉSORPTION DES SUBSTANCES INTESTINALES TOXI-INFECTIEUSES. — La résorption des microbes intestinaux et des substances toxiques n'est pas proportionnelle à leur quantité, ni probablement à leur virulence : ainsi telle femme enceinte ayant une flore microbienne importante et virulente peut ne présenter aucun signe extra-intestinal, alors que telle autre fera des accidents graves avec une flore intestinale à peu près normale.

a) On emploiera, avec bénéfice, pour diminuer la résorption, le collargol, à cause de son action astringente sur la muqueuse intestinale : c'est un médicament de choix (sans préjudice de son action intestinale précédemment indiquée).

b) Les vitamines, la vitamine A en particulier, ont

une action très nette ainsi que la vitamine B que l'on pourra administrer sous forme de levure de bière.

c) On se rappellera que le repos prolongé au lit augmente la vagotonie et les possibilités de résorption par l'intestin. M. VIGNES recommande donc, toutes les fois que cela sera possible, de passer du lit dans un fauteuil, souvent le lever précoce ou, plus exactement, l'installation dans un fauteuil amènent une chute thermique appréciable, dans les infections intestinales observées pendant les suites de couches.

d) Les diverses préparations de charbon font quelquefois merveille ; mais il est des muqueuses qui ne s'en accommodent pas.

CÉPHALÉES

La céphalée n'est pas rare dans les suites de couches, surtout si la femme allaite. Nous ne parlerons naturellement pas des céphalées symptomatiques de syphilis, d'azotémie et d'autres infections graves.

La céphalée peut avoir trois origines que nous allons étudier.

1^o Il peut s'agir d'une céphalée *a stomacho loeso* ou par crise vésiculaire fruste, par embarras de l'estomac qu'explique la suralimentation ou l'ingestion d'aliments mal tolérés (chocolat, bonbons que peuvent apporter à l'accouchée sa famille et ses amis).

2^o La céphalée peut être consécutive aux séances de bavardage, à l'afflux des visites, qui permet de dire que l'accouchée a un « encéphale fatigable ».

3^o Très fréquemment, plus que ne le disent les livres classiques (tout au moins en clientèle bourgeoise) la céphalée est un élément de la « fatigue d'allaitement » ; fatigue qui est moins liée à la production de lait qu'à l'acte d'être tétée. Une bonne nourrice l'éprouve rarement ; une nourrice insuffisante en est souvent incommodée. Par exemple, une cliente de notre maître M. H. VIGNES quand elle donnait le sein droit, lequel fournissait à peu près la quantité voulue, ne ressentait aucun ennui et quand elle donnait le sein gauche manifestement insuffisant, avait un violent mal de tête pendant une demi-heure ou davantage.

M. H. VIGNES attribue, pour une part, ces céphalées d'allaitement à un trouble hypophysaire et il les a vu disparaître par diverses médications qui stimulent l'hypophyse. En même temps d'ailleurs que la céphalée s'atténuait, la production lactée s'améliorait.

De ces céphalées, il convient de rapprocher certains troubles de l'accommodation. Nous avons vu sur les vingt clientes suivies en ville au moins deux cas où les accouchées se plaignaient de ne pouvoir lire et de ne pouvoir tricoter.

ANÉMIE

M. H. VIGNES insiste sur le fait d'apporter une grande attention à l'état général d'une femme qui a saigné pendant son accouchement. Il faut à tout prix

lui faire récupérer ses forces et s'y employer dès le début du post-partum. Il institue alors ce qu'il appelle son régime des hémorragies.

1^o La femme doit être bien et assez abondamment nourrie. La préférence doit aller à un régime azoté.

2^o On prescrira du fer sous des formes différentes :

— des aliments riches en fer (hémoglobine, épinars, etc.) ;

— des eaux ferrugineuses (Orezza, qu'il est difficile de se procurer actuellement, Bussang) ;

— des médicaments ferrugineux, sous la forme :

Fer réduit..... 0 gr. 50

pour un cachet, à raison de trois cachets par jour.

A cette dose élevée, le fer ne risque pas d'augmenter la constipation de l'accouchée à la différence des petites doses.

3^o On administrera les médicaments et aliments qui favorisent la fixation du fer :

— foie de veau, préparations à base de foie de veau ou d'estomac ;

— abricots ;

— dose minime de cuivre ou de manganèse ;

— moëlle osseuse.

ASTHÉNIE

Nous sommes maintenant tout naturellement amenés à signaler l'asthénie des accouchées.

Indépendamment d'une grossesse pathologique ou de conditions de vie précaires, l'asthénie est plus

marquée et plus fréquente chez les femmes jeunes et chez les primipares. A tout cela s'ajoute la longueur du travail et surtout de la période d'expulsion. Il ne faut pas manquer de prendre en considération l'état de faiblesse de l'accouchée et de le soigner.

Le médecin pourra utiliser largement toute la gamme des médicaments toniques. Mais là, plus qu'en d'autres moments, il devra approprier sa thérapeutique au tempérament de sa malade. L'accouchée est encore dans un état neuro-végétatif instable qui a pu même être profondément troublé par la grossesse. Il importe donc de rejeter le « fortifiant omnibus » : de ne pas soigner une vagotonique comme une sympathicotonique, une hyperthyroïdienne comme une myxœdémateuse ; une grasse comme une maigre.

INSOMNIE

Il n'est pas rare de rencontrer de l'insomnie chez l'accouchée. Persistante, malgré le grand désir de la femme de se reposer des fatigues de son accouchement, et l'éloignement de l'enfant pendant la nuit, elle doit solliciter les efforts du médecin.

Relevant de trois causes :

1^o) elle se voit au cours d'une infection à streptocoque et l'on peut dire que tant qu'une infectée n'a pas dormi, elle n'est pas guérie, et qu'une femme qui a de la fièvre mais qui dort, n'a pas une infection grave ;

2^o) elle peut marquer le début des troubles men-

taux fort graves que nous n'étudierons pas ici ; l'insomnie s'accompagne alors souvent d'une anxiété de mauvais augure ;

3^o) elle peut être causée par un état d'énervement relevant de l'hyperthyroïdisme.

Nous commencerons le traitement de cette insomnie rebelle par un petit conseil qui est de proscrire chez l'accouchée qui ne dort pas, toute conversation après cinq heures de l'après-midi.

Puis nous essaierons un médicament qui peut paraître anodin mais dont les effets sont parfois surprenants : c'est l'eau de fleurs d'oranger. Elle ne doit pas être donnée comme une gourmandise, mais comme l'a signalé Ch. FIESSINGER, à fortes doses : par verre à Bordeaux.

Puis le médecin aura recours en cas d'insuccès aux médications plus énergiques.

Enfin, suivant le tempérament il emploiera :

la passiflorine, le cratoegus, les bromures chez les sympathicotoniques ;

le gardénal chez les vagotoniques.

Quant à l'insomnie relevant d'une hyperthyroïdie, elle cédera presque toujours suivant M. H. VIGNES à un traitement par l'hémathoéthYROÏDINE.

Notons que ce médicament calme aussi la soif qu'accusent certaines accouchées qui n'allaitent pourtant pas leur enfant.

DOULEURS DE LA ZONE CIRCUMGÉNITALE ET GÉNITALE

Les douleurs que la femme ressent après son accouchement sont diverses. Les régions vulvaire anale, coccygienne et lombaire sont endolories. En un mot, la femme s'avoue rompue. Mais cet état ne durera pas plus de vingt quatre heures. Devant sa persistance il ne faudra cependant pas manquer de rechercher une disjonction ou une fracture de la symphyse pubienne, accident qui d'ailleurs ne se rencontre que dans les accouchements particulièrement difficiles ou dystociques.

Les douleurs inguinales paraissent dues aux tractions exercées sur les insertions des ligaments ronds par l'utérus vide de son contenu qui tombe en position rétroversée.

Les douleurs anales peuvent avoir leur origine dans une véritable myosite des releveurs de l'anus violemment contractés et parfois contusionnés à la période d'expulsion.

Plus intéressante est la *neuralgia lumbalis peracuta* de HAUCH et BONNAIRE, si fréquente et si méconnue que M. H. VIGNES a montré liée à une avitaminose B et que la levure de bière guérit rapidement.

Enfin, au début du post-partum, les femmes se plaignent souvent de *tranchées*. Plus fréquentes chez les multipares dont l'utérus a perdu de son élasticité, elles se traduisent par des douleurs parfois violentes, une contraction du globe utérin et une petite évacuation de lochies. D'une durée variable ; d'un éclair à une minute elles sont intermittentes, se reproduisant environ toutes les cinq minutes. Elles peuvent, persister en s'atténuant trente-six heures ; elles sont exacerbées par la succion du mamelon et augmentées lorsqu'il y a rétention utérine.

Habituellement traitées par l'absorption d'aspirine ou de laudanum, les tranchées cèdent merveilleusement à l'administration de *viburnum prunifolium*. Mais il faut prendre garde de prescrire ce médicament à de plus fortes doses qu'il n'est classique de faire.

HÉMORRAGIES SOUS-CONJONCTIVALES OU PIQUETÉ HÉMORRAGIQUE FACIAL

Lorsque la période d'expulsion a été particulièrement pénible, il n'est pas rare de les voir apparaître chez la femme, dans les heures qui suivent l'accouchement, dues à la rupture de petits vaisseaux. Elles peuvent s'accompagner de suffusions sanguines sous-cutanées à sièges divers.

Sans gravité, elles ne laissent pas d'inquiéter l'entourage de l'accouchée qui ne manquera pas de le signaler au médecin. Ses yeux « injectés de sang » demeureront ainsi pendant six ou sept jours. Il suffit le plus souvent de les baigner ou de les désinfecter légèrement.

LEVER DE L'ACCOUCHÉE

C'est une pratique déjà ancienne de prescrire à l'accouchée quinze ou vingt et un jours de lit. Cependant l'opinion des auteurs est variable sur ce sujet et bien des gens citent volontiers l'exemple de paysannes qui, imitant les femelles des animaux, quittent leur couche le lendemain ou le surlendemain de leur accouchement.

En 1775, WHITE, ce grand clinicien qui, le premier, eut l'intuition de ce qu'était la pathogénie et de la prophylaxie de la fièvre puerpérale enseignait que l'accouchée pouvait se lever « dès qu'elle s'en sentait capable ». Cette idée, reprise par KÜSTNER en 1899, a été souvent discutée, depuis surtout dans les années qui ont précédé la guerre.

Les partisans du lever précoce arguent que l'on rencontre moins de phlébites en ne prolongeant pas le séjour au lit et que le rétablissement de la femme serait plus rapide et plus complet.

Leurs adversaires allèguent le nombre plus élevé de prolapsus génitaux que l'on rencontrait chez les femmes précocement levées, encore que l'accouchement ne soit pas la seule origine du prolapsus. Le

prolapsus est fréquent chez ces paysannes tôt levées dont nous parlions ; il est fréquent chez les femmes des Peaux-Rouges, d'après DE LEE. D'autres arguments peuvent être fournis : ne faut-il pas laisser à l'accouchée le temps de résorber les hématomes de ses voies génitales, ne faut-il pas laisser aux fibres distendues le temps d'effectuer une involution suffisante.

Notre Maître, M. VIGNES, recommande, en principe, de faire bonne mesure ; le plus souvent il ne conseille le lever qu'au bout de dix-huit et même vingt et un jours ; sa conviction est qu'au vingt-cinquième jour, les Parisiennes ainsi traitées, sont en général, plus solides que si on les a levées à la fin de la deuxième semaine ou plus tôt.

A l'opposé, d'autres accoucheurs, surtout en Allemagne permettent et, même, plus exactement ordonnent le lever dans un fauteuil dès le deuxième jour.

Entre ces deux extrêmes, on peut concevoir des opinions moyennes. Par exemple, DE LÉE adopte une attitude mixte, conseillant le sixième jour la position assise dans un fauteuil, durant une heure, le onzième jour la station dans un fauteuil durant trois heures, le quinzième jour la liberté de marcher dans la chambre et dans l'appartement. Le dix-huitième jour, il autorise à affronter les escaliers.

En réalité, on peut avoir affaire à des cas très différents les uns des autres et il ne faut pas s'asservir à une règle systématique. Nous croyons, donc, utile

d'insister sur les conditions du lever et sur les facteurs qui peuvent en modifier les applications.

1^o Pour permettre le lever, il faut que l'utérus ne soit plus perçu à la palpation simple (palpation sans toucher) ; mais, encore, il faut que sa mobilisation ne soit pas douloureuse et que les ligaments larges s'avèrent souples et indolores.

2^o Le périnée doit être complètement épidermisé, la muqueuse de l'orifice vaginal doit être rose pâle et non rose vif. La vulve ne doit plus être béante et il faut vérifier que le périnée ne bombe quand on fait tousser la femme : ce qui indique la bonne restauration et une parfaite élasticité du plancher pelvien.

Quant aux modifications apportées à cette règle de conduite et tendant à reculer, l'époque où l'on peut permettre le lever, elles seront inspirées par :

a) la notion d'une application de forceps ou d'un accouchement par le siège ;

b) l'existence d'une périnéorraphie longue à cicatriser ;

c) la présence de fièvre, même légère, qui inhibe l'involution utérine (exception faite pour les fièvres d'origine intestinales) ;

d) la constatation de signes d'affaiblissement de l'état général, reliquat d'une hémorragie survenue au cours de l'accouchement ou d'une infection post-partum.

Au contraire, le lever pourra être plus précoce en cas de pyélites et de colites : nous avons indiqué pré-

cédemment qu'il y aurait, alors, intérêt à substituer, dans une certaine mesure, le fauteuil au lit.

De toutes façons et, plus particulièrement, si le médecin est amené à avancer la date du lever de son accouchée, il pourra utilement, recommander quelques précautions.

Il en est une que M. VIGNES conseille la veille du jour choisi pour le lever ; c'est de porter la femme dans un grand bain tiède contenant 200 grammes de carbonate de soude : ce bain active l'involution utérine et il décongestionne les organes pelviens. En cas d'œdème variqueux persistant au niveau des membres inférieurs ou des chevilles, on ajoutera, à ce bain, cinquante grammes d'alun.

De même, dans un grand nombre de cas, il y aura bénéfice à tonifier la sangle périnéale en prescrivant une gymnastique appropriée que nous étudierons dans un chapitre spécial (page 67).

Si la femme, une fois levée, présente, malgré toutes ces précautions, des troubles statiques ou de ptoses, on peut obtenir d'excellents résultats en instituant une thérapeutique gynécologique précoce.

Mentionnons en particulier :

- les bains sulfureux qui tonifient les muscles péri-vaginaux l'utérus et les ligaments ;
- l'application momentanée d'un pessaire ;
- enfin les ondes galvaniques intermittentes à longue période (courant de LAQUERRIÈRE) appliquées par le vagin directement sur les releveurs.

Signalons, aussi, que les mêmes courants appliqués sur l'abdomen peuvent efficacement en combattre le relâchement de la paroi.

Nous dirons, dans le même ordre d'idées, que nous considérons le port d'une ceinture comme indispensable ; nous conseillons à l'accouchée d'adopter, pendant trois ou quatre mois, une ceinture qui comporte un fort baleinage en arrière permettant un appui solide sur les lombes et la partie postérieure du bassin. Au bout de ces trois ou quatre mois, la femme reviendra à ses habitudes anciennes c'est-à-dire qu'elle portera ou ne portera pas de ceinture.

Chez les femmes à type plat, lorsqu'elles sont ptosiques, nous ne croyons pas à l'efficacité de la traditionnelle pelote. Nous préférons que l'on place sous le corset une sangle qui sera naturellement serrée avant de serrer celui-ci. Elle barrera et soutiendra la partie sous-ombilicale de l'abdomen.

GYMNASTIQUE DE L'ACCOUCHÉE

Ces dernières années, nombre d'auteurs ont préconisé la gymnastique au cours de la grossesse en essayant d'en tracer les règles. Ils ont pensé avant l'accouchement non pas tant développer la musculature abdominale de la femme (ce qui n'est pas tellement souhaitable) mais surtout utiliser au mieux sa contraction et l'assouplir pour lutter contre la contraction.

Mais ces mêmes auteurs accordent souvent peu de place à la « gymnastique de l'accouchée ». Cependant, sans mobiliser à l'excès les femmes dans les suites de couches, il est bon d'aider à la restauration de la sangle abdominale. Tout le monde est d'accord sur le mode des mouvements à prescrire pour cela.

Vers le dixième jour, on conseillera à l'accouchée, normale bien entendu, de s'asseoir dans son lit sans le secours des mains, et de relever à angle droit les membres inférieurs en extension, très lentement. Ces mouvements seront répétés une dizaine de fois, matin et soir.

Il ne faut pas oublier de les faire accompagner d'une gymnastique respiratoire judicieuse. En effet,

les femmes enceintes respirent mal (LE LORIER, GOIFFON et PARENT) et leur capacité pulmonaire est diminuée. Elles suppléent par le repos physique à cette ventilation restreinte. Après l'accouchement, si leur situation sociale leur permet d'éviter l'effort elles conservent très longtemps cette respiration vicieuse. La rééducation respiratoire de l'accouchée aura aussi l'avantage d'activer le fonctionnement de son appareil circulatoire et de prévenir les accidents de stase.

M. H. VIGNES conseille une gymnastique prophylactique des phlébites. Elle consiste en des mouvements dits de « bicyclette » que la femme exécute dans son lit, couchée sur le dos, en les accompagnant d'inspirations et d'expirations profondément rythmées.

LIEBENSTEIN de Stuttgart fait aussi pratiquer aux accouchées une gymnastique périnéale dans leur lit, jambes écartées, sous la direction d'une infirmière qui les fait « pousser ».

M. H. VIGNES préfère à l'époque du lever de la femme, combattre les déficiences du plancher pelvien, par des mouvements qui s'exécutent debout ; l'occiput appuyé contre le mur, les jambes croisées. La femme contracte alors, à fond et de manière prolongée ses releveurs comme pour se retenir, contre un besoin impérieux. Ces mouvements s'exercent cinq fois de suite, à raison de deux séances par jour. A la condition d'être appliqués précocement, ils donnent souvent d'excellents résultats.

CONCLUSIONS

Nous avons passé en revue dans ce travail, les incidents plutôt que les accidents qui peuvent compliquer les suites de couches.

La fréquence de certains d'entre eux est si grande, leur gravité si minime que l'on peut être tenté de les ranger dans le cadre des phénomènes normaux du post-partum. Mais leur diagnostic ne va pas souvent sans quelques hésitations et leur pronostic n'est pas toujours obligatoirement bénin. Aussi convient-il de les combattre précocement par une série de petits moyens thérapeutiques que nous indiquons.

Enfin, nous avons ajouté à ces documents cliniques, les résultats de quelques recherches expérimentales, entreprises au cours de notre observation. Ces résultats peuvent se résumer comme suit :

L'administration d'extrait thyroïdien, dans les suites de couches, active et complète manifestement l'involution utérine.

L'élimination urinaire de l'azote aminé et de l'azote amino-ammoniacal est considérablement accrue dans le post-partum et présente un maximum le deuxième ou le troisième jour.

Alors qu'on a pu incriminer en cas de rétention urinaire post-partum, le cathétérisme d'être à l'origine d'une infection vésicale, nous avons pu mettre en évidence dans six cas sur onze la préexistence de l'infection.

VU : *Le Doyen,* VU : *Le Président de la Thèse,*
G. ROUSSY, A. HOVELACQUE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- BALARD. — La vaccinothérapie antistaphylococcique dans le traitement des infections mammaires. *C. R. heb. des Sociétés médicales de Bordeaux*, 11 mars 1923, p. 116.
- BIRTH (H.). — L'amino-acidurie. *Thèse med.*, Paris, 1913.
- CHAMBON et CELLIÈRE (S.). — Variations de la polypeptidémie et de la protéinémie au cours de l'involution du post-partum. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1936. t. 123, p. 197.
- CHIRAY, LARDENNOIS et BAUMANN. — *Les colites*, Masson, Paris, 1934.
- DESGEORGES. — Colites, colibacilloses et troubles endocrino-sympathiques. *Revue de médecine*, janvier 1933, p. 28.
- DE LEE. — *Principles and practice of obstetrics*. Saunders éd., Philadelphie, 1924.
- DUCUING (J.) et GUILHEM (P.). — Culture physique de la femme enceinte, de l'accouchée et de la mère. *La Gynécologie*, mars 1934, p. 133.
- DUJARDIN-BEAUMETZ. — *Dictionnaire de Thérapeutique*, Doin éd., Paris, 1887.
- ESTIENNY, LASSERRE et VALDIGUIE. — Azotémie, polypeptidémie et chlorémie purpérales. *Presse médicale*, 1934, p. 979.
- FABRE. — *Précis d'Obstétrique*, J. Baillière éd., Paris 1910.
- FABRE et PETZETAKIS. — Bradycardie et automatisme ventriculaire provoqués dans les suites de couches par la compression oculaire. *Réunion obs. et gyn. de Lyon*, séance de janvier 1914.
- FIESSINGER (N.) et HUTET (H.). — A propos du diagnostic de la colibacillose. *Journ. des praticiens*, 13 octobre 1934.
- FINDLEY (W.-M.). — The treatment of post-partum retrodisplacement of the uterus. *Amer Jour. of obs.*, 1933, t. 2, p. 874.

- FUSS-ALTES. — Contrib. à l'étude analytique de la montée lactée. *Thèse méd.*, Paris, 1914.
- JEANNIN. (C.). — *Thérapeutique obstétricale*. Baillière éd., Paris, 1922.
- LACOMME (M.). — Sur les rétentions incomplètes d'urine dans le post-partum. *Pratique médicale française*, janv. 1935.
- LACOMME (M.). — A propos des pyélonéphrites gravidiques. *La Médecine*, n° 5, avril 1932.
- LANDRIEU (R.). — Etude critique des différents moyens d'exploration de l'utérus en travail. *Thèse méd. Paris*, 1936.
- LEPAGE (F.). — Contribution à l'étude de la pyélonéphrite dite gravido-toxique. *Thèse méd.*, Paris, 1934.
- VON LEERSUM LEIDEN (E. C.). — Sur la présence des amino-acides dans les urines au cours de la grossesse et après la délivrance. *Biochem. Zeitsch.*, XI, p. 121.
- LIEBENSTEIN (A. V.). — *Wochenbetts. Gymnastik*, F. Enke, 2d., Stuttgart, 1931.
- LE LORIER (V.). — Prophylaxie et traitement des colibacilloses de la puerpéralité. *Revue française de gyn. et obs.*, p. 277, juin 1932.
- LORAIN (P.). — *Etudes de médecine clinique*. t. II (de la température du corps humain). Imprimerie Nationale, Paris, 1877.
- METZGER (M.). — *L'accoucheur moderne*, Alcan éd., 1928.
- METZGER (M.). — *Le chirurgien devant l'état puerpéral*. Masson éd., 1936.
- MOIR. — The merits and demerits of oöcytotic drugs in the post-partum period. *Proc. Roy. Soc. Méd.*, 28, 1654, 1935.
- OLIVIER (C.). — Pneumopathies post-opératoires précoces des interventions chirurgicales. *Thèse méd. Paris* 1937.
- OLIVIER-PALLUD (P.). — Involution utérine et thérapeutique thyroïdienne. *Bulletin de la Société de Thérapeutique*, 14 avril 1937, n° 5, p. 90.
- OLIVIER-PALLUD (P.) et GLOMAUD (G.). — Elimination urinaire de l'azote aminé et amino-ammoniacal au cours du post-partum. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1937, t. CXXIV, n° 3, p. 211.
- PERSON (R. M.). — Expérimentation sur la purgation des accouchées. *C. R. in the Journ. of the Amer. méd. ass.*, 18 oct. 1919, p. 239.

- PIERCE RUCKER (M.). — The treatment of mastitis. *Jour. of the Amer. méd. Ass.*, 15 mars 1924, p. 870.
- RIBEMONT-DESSAIGNES (A.) et LEPAGE (G.). — *Précis d'obstétrique*. Masson éd., 1894.
- ROWE, GALLIVAN et MATTHEWS. — The métabolism in pregnancy. The nitrogen métabolism. *Amer. Journ. of physiol.*, 1930, t. 95, p. 592.
- RUGE. — *Monatsch. F. Geb. und Gyn.*, 1904, p. 233.
- SAINT-CYR et VIOLET. — *Traité d'obstétrique*, 2^e éd., 1888, Paris.
- SLEMONS (J. M.). — Involution of the uterus and its effect on nitrogen output of the urine. *Bull. Johns Hopkins, Hosp.*, juillet 1914.
- TARNIER (S.). — *Traité de l'art des accouchements*. G. Steinheil, éd. Paris, 1888.
- VARNIER (H.). — *La pratique des accouchements. Obstétrique Journalière*. G. Steinheil, éd. Paris, 1900.
- VIGNES (H.). — *Physiologie obstétricale normale et pathologique*, 1 vol. Masson, éd., 1923.
- *Maladie des femmes enceintes*, t. 1 et t. 3, Masson éd., 1935-1937.
- Corps thyroïde et gestation. *La Médecine pratique*, avril 1922.
- Thérapeutique thyroïdienne et antithyroïdienne dans ses rapports avec l'obstétrique et la gynécologie. *Etudes médicales et artistiques*, n° 2, 1936.
- Traitement des colites et des pyélonéphrites au cours de la grossesse et en particulier des pyélonéphrites dites gravidotoxiques. *La Presse médicale*, n° 19, p. 369, 4 mars 1936.
- La Gonococcie au cours de la gestation. *La Semaine des Hôpitaux de Paris*, 31 mars 1934, p. 166.
- Les crevasses du mamelon. *Journal des praticiens*, N° 9, 4 mars 1932.
- A propos des affections aiguës de la glande mammaire pendant l'allaitement, *La Gynécologie*, février 1931.
- La vitamine B et la levure de bière dans l'hygiène de la femme enceinte. *La Puériculture*, juillet 1934, p. 672.
- L'emploi de la laitue en pratique gynécologique, *Journal des praticiens*, 24 septembre 1932, p. 633.

VIGNES (H.) et LANDRIEU (R.). — A propos de la tachycardie au cours des phlébites puerpérales. *La semaine des Hôpitaux de Paris*, 1^{er} janv. 1936, p. 22.

WILSON (K. M.). — Nitrogen metabolism during pregnancy. *Bull. Johns Hopkins Hosp.*, mai 1916.

Saint-Amand (Cher), France. — Imprimerie R. BussiÈRE. — 28-6-1937.
